

ANALISIS EPIDEMIOLOGICO DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD POR VIOLENCIA. MUNICIPIO IRIBARREN. ESTADO LARA 1994-1996

* Damelis J. Daza

* Gloria Madrid de G.

PALABRAS CLAVE: Violencia. Epidemiología. Mortalidad. Morbilidad.

RESUMEN

Se diseñó una investigación de tipo descriptiva transversal con el objeto de determinar y analizar las características epidemiológicas de la morbimortalidad por causas violentas en el Municipio Iribarren, durante el periodo 1994-1996. Para el estudio de la mortalidad se revisaron 726 tarjetas de defunción y para el estudio de la morbilidad 638 historia clínica y 1503 registros de la Policía Técnica Judicial (PTJ). Entre los resultados más relevantes se encontró un predominio de los homicidios y las lesiones intencionales no fatales; los hechos violentos se concentraron en el grupo de 15 a 44 años de edad y en el sexo masculino. La mayor ocurrencia de lesiones y de defunciones se presentaron los días sábado y domingo. Ocurrieron más frecuentemente durante las 6:00 a 11:59 pm y entre las 12:00 a 2:59 a.m. El mayor riesgo de morir por homicidio fue en los barrios Cuenta Santa Bárbara y El Trompillo. Este trabajo servirá como base para otras investigaciones, y aportará datos importantes al sector salud y a otros entes involucrados para facilitar la toma de decisiones en el control y prevención de la violencia.

KEY WORDS: Violence. Mortality. Epidemiology. Morbidity.

SUMMARY

A descriptive and transversal investigation was designed so as to determine and analyze epidemiological characteristics of morbimortality due to violent causes in Municipio Iribarren during 1994-1996. For the mortality study, 726 death cards were checked and for the morbidity study 638 clinical records and 1503 police files were checked. Among more relevant results, it was found a prevalence of homicides and non-fatal intentional lesions; causes of violence are concentrated in the age group 15 - 44 and in masculine sex. The highest occurrence of lesions and deaths is on Saturdays and Sundays. Most frequent hours are between 6:00 11:59 pm and between 12:00 and 2:59 am. The major risk for dying because of homicide is in the neighbourhoods Cuesta Santa Barbara and. El Trompillo. This work will serve as a basis for further research and will provide important data to the health sector and other related entities in order to facilitate decision taking to control and prevent violence.

* Docentes del Departamento de Medicina Preventiva y Social. Decanato de Medicina Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto.

INTRODUCCION

La violencia es considerada en la actualidad un problema de Salud Pública a nivel mundial, demostrado por los alarmantes aumentos en las tasas de morbilidad y mortalidad y discapacidad, así como los años de vida potencialmente perdidos y su efecto psicosocial en las poblaciones. Este problema ocasiona un grave deterioro de la calidad y las condiciones de vida de la población, además de generar altos costos económicos a la sociedad, crecientes gastos en salud y seguridad; así como disminución de la productividad de los grupos económicamente activos, es decir el de 15 – 44 años.

Sin embargo, a pesar de que las manifestaciones de violencia son tan patentes y preocupantes que exigen medidas inmediatas para su estudio, tratamiento y prevención, la respuesta de los diferentes sectores involucrados no ha sido la deseada. Como ejemplo está el sector salud, cuya respuesta en general ha sido pasiva y limitada a algunos campos específicos tales como la atención sólo de los hechos violentos que llegan hasta los servicios de urgencia, la calificación médico legal de los actos violentos en los lesionados o víctimas fatales y los esfuerzos de recuperación de las secuelas físicas y psíquicas (1), sin buscar soluciones que permitan prevenir y atacar la problemática antes de que ésta se manifieste como tal.

La prevención de la violencia es factible por cuanto es una expresión de actitudes y comportamientos humanos, que son modificables a través de estrategias educativas las cuales deben ser dirigidas desde el punto de vista de la educación para la salud; siendo los recursos el contacto a través de la familia, la escuela, los medios masivos de comunicación, las instituciones, etc. a fin de informar y contribuir en la

formación de patrones valorativos y morales que sirva para su formación ciudadana (2).

Con relación a esto último, el sector salud de las Américas en respuesta formal al problema de la violencia mediante una resolución aprobada en la XXXVII reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), instó a los gobiernos miembros a establecer políticas y planes nacionales de prevención y control, y programas que fomenten conductas saludables, medidas jurídicas de apoyo contra la violencia y a la relación de las investigaciones pertinentes (2).

Por otra parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la primera conferencia sobre Sociedad, Violencia y Salud llevada a cabo en Washington en noviembre de 1994; solicitó a los jefes de estados de las Naciones Americanas a redoblar sus esfuerzos para garantizar la seguridad ciudadana y defender el estado de derecho; que aboguen ante las diferentes organizaciones internacionales y regionales por la implementación de políticas de cooperación y financiación, para que incluyan la prevención y control de la violencia como componente prioritario de su gestión, para la elaboración y puesta en marcha de planes y programas de prevención. (3). Para lo cual es necesario la colaboración de múltiples sectores de la sociedad que trabajen en forma conjunta en la búsqueda de estrategias que permitan orientar la toma de decisiones en relación de las políticas de prevención. Además de la realización de análisis socio-epidemiológico por parte de los sectores involucrados en especial el sector salud que permitan tener un mejor conocimiento de la magnitud del problema, tomando en cuenta los grupos de riesgos, áreas geográficas de riesgo, los factores asociados y la tendencia del fenómeno, a través de la descripción, cuantificación y mapeo de la información epidemiológica.

Por lo antes expuesto y siguiendo las sugerencias de la OPS, así como el interés manifiesto de las autoridades del Decanato de Medicina de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado (UCLA) a través del Departamento de Medicina Preventiva y Social de crear líneas de investigación sobre el problema de la violencia en el ámbito local pues no existe información publicada de la morbilidad y mortalidad por causas violentas que faciliten la toma de decisiones para la realización de intervenciones de control, surgió la necesidad de realizar esta investigación con el objeto de determinar y analizar las características epidemiológicas de la morbimortalidad por causas violentas en el Municipio Iribarren del estado Lara.

Esta investigación servirá como marco de referencia a otros estudios, y aportará datos importantes a las autoridades del sector salud y otros entes involucrados del nivel local para la elaboración de programas a la población vulnerable. Así como también facilitará el diseño e implementación de un sistema de Vigilancia Epidemiológica para priorizar acciones a grupos y áreas de riesgo con la finalidad de contribuir a prevenir los casos por violencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó una investigación descriptiva transversal con la finalidad de analizar la morbimortalidad por violencia en el Municipio Iribarren durante el periodo 1994-1996.

Para el análisis epidemiológico de la morbimortalidad por hechos violentos se revisaron diferentes fuentes:

?? **Para la mortalidad:** se revisaron 9639 tarjetas de defunción correspondiente al periodo 1994-1996 en el Municipio Iribarren, quedando una muestra de 726

tarjetas de defunción cuya causa básica de la muerte correspondía a los eventos que aparecen bajo la categoría de causa externa, las mismas fueron seleccionadas aplicando las reglas de selección y modificación de la IX revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades.

?? **Para la morbilidad:** se revisaron 638 historias clínicas en los hospitales Antonio María Pineda y Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Dr. Pastor Oropeza, de pacientes hospitalizados por lesiones ocasionadas por algún hecho violento. Solo se seleccionaron las historias clínicas debido al subregistro de los hechos violentos (no todos los lesionados son registrados) y por que otros registros hospitalarios como son el registro de morbilidad diario (EPI-10) y las historias de observación no aportaban la información suficiente para alcanzar los objetivos del estudio. Se seleccionaron el hospital Antonio María Pineda y el hospital Dr. Pastor Oropeza por ser establecimiento de mayor complejidad, donde acuden o son referidos alrededor del 90% de los pacientes lesionados del Municipio Iribarren.

?? **Para el sitio de ocurrencia:** de las lesiones intencionales no fatales se revisaron las planillas de registros de la Oficina de Operaciones de la PTJ de Barquisimeto, donde se obtuvo datos 1503 datos sobre lesiones ocurridas en el Municipio Iribarren en el año 1996.

Se solicitó autorización al coordinador de la Dirección de Epidemiología Regional, para revisar las tarjetas de defunción. Para la revisión de los datos de morbilidad, se envió comunicación a la coordinación de los archivos de estadísticas de salud y registros vitales de los hospitales Antonio María

Pineda y Dr. Pastor Oropeza, con la finalidad de solicitar autorización para la revisión de las historias clínicas. Para la obtención de los datos sobre sitio de ocurrencia se visitó la Oficina de Operaciones de la PTJ de Barquisimeto, donde se solicitó a las autoridades la colaboración para que facilitaran los registros de las lesiones no fatales ocurridas en el Municipio Iribarren para los años 1994-1996, sin embargo solo se pudo obtener la información para el año 1996, debido a que los datos de los años anteriores fueron depurados. Para la recolección de los datos se diseñó un instrumento donde se describieron las variables del estudio.

Para la clasificación de la mortalidad y de la morbilidad se utilizaron los códigos de la IX Revisión Internacional de la Clasificación Internacional de Enfermedades, agrupándola en accidente de tránsito de vehículo (E810-E819), homicidios y lesiones intencionalmente inflingidas o no fatales (E960-E969), suicidios y lesiones autoinflingidas (E950-E959).

El análisis de la morbimortalidad se realizó tomando en cuenta las variables epidemiológicas (persona, tiempo y espacio). Con relación a la variable persona se analizó según edad, género. La variable tiempo se analizó según hora, día. Con relación al comportamiento espacial se analizó según sitio o dirección de ocurrencia, este último dato permitió identificar los barrios y

urbanizaciones con mayor riesgo de sufrir algún hecho violento.

Para definir el área de riesgo para lesiones intencionales según barrio se hizo un análisis por cuartiles en base a las tasas, quedando definidos los barrios como de:

?? **Alto riesgo:** todos aquellos que estuvieran por encima del cuartil tres (Q3)

?? **Mediano riesgo:** los barrios que se encontraban entre el Q3 y Q1

?? **Bajo riesgo:** todos los barrios que estuvieran por debajo de Q1.

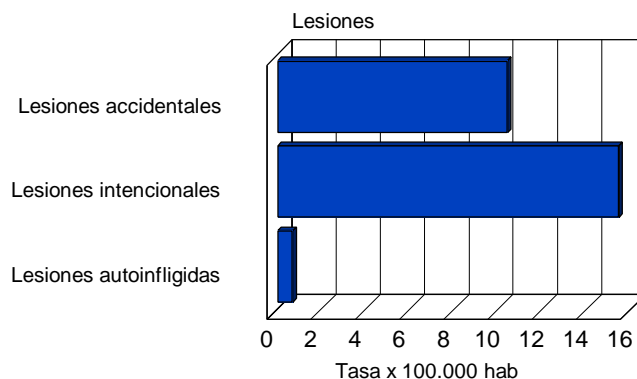
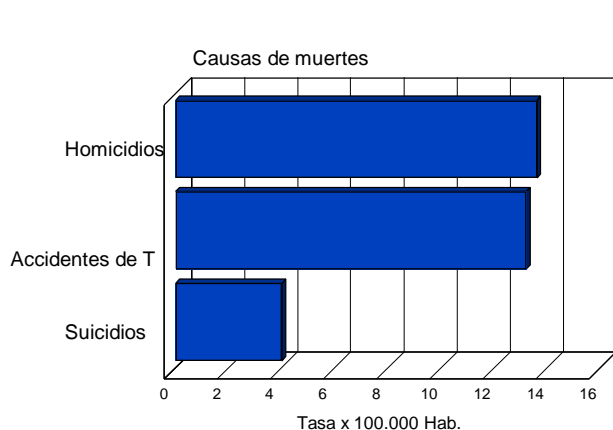
Los datos fueron presentados en gráficos. Para el análisis se utilizaron porcentaje y tasas.

RESULTADOS

Del total de historias analizadas, la mayor tasa correspondió a las lesiones intencionales no fatales 15.42 x 100 mil hab. seguida por las lesiones por accidente de tránsito 10.39 x 100 mil hab. y las lesiones autoinflingidas 0, 69 x 100 mil hab. En cuanto a las defunciones, la mayor tasa correspondió a los homicidios 13.6 x 100 mil hab., seguida por las muertes por accidente de tránsito 13.2 x 100 mil hab. y los suicidios 4.0 x 100 mil hab. (Gráficos N° 1 y 2)

Gráficos N° 1 y 2

Tasa promedio de mortalidad y morbilidad por causas violentas. Municipio Iribarren. 1994 – 1996

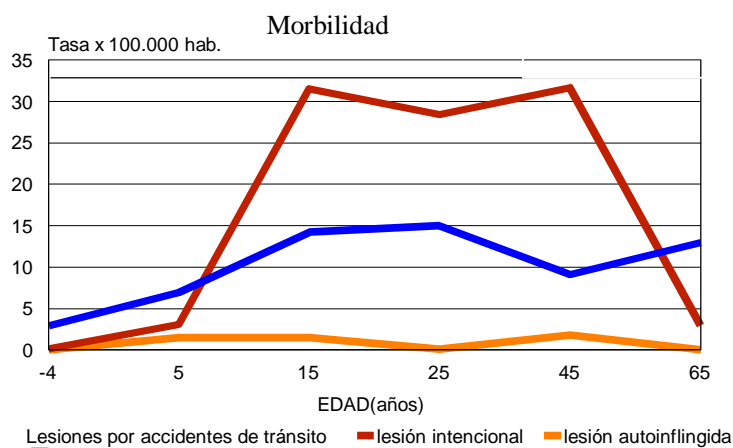
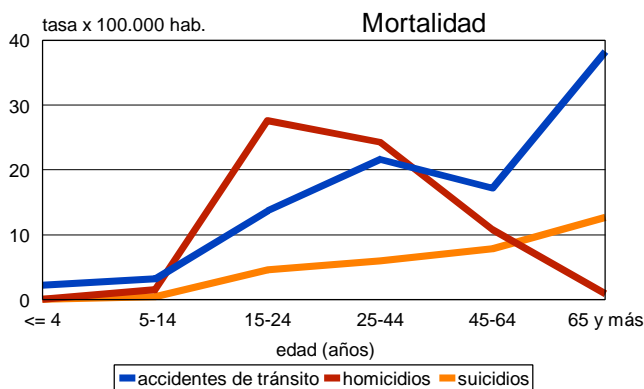


En los Gráficos N° 3 y 4 se analizan las tasas promedio mortalidad y morbilidad por causa y grupo de edad evidenciándose que en las lesiones intencionales no fatales como en los homicidios el riesgo comienza a aumentar a partir de los 5 años, sin embargo el mayor riesgo de sufrir una lesión intencional no fatal la presenta el grupo de 45 – 64 años (31.7 x 100 mil hab.), a diferencia de los homicidios que el mayor riesgo lo tiene el grupo de 15 – 24 (27.6 x

100 mil hab.). Tanto las lesiones como las muertes por accidentes exhiben igual comportamiento, ya que el mayor riesgo lo presenta el grupo de 25 – 44 años (15.0 y 21.64 x 100mil hab. respectivamente.) Con relación a las lesiones autoinfligidas la mayor tasa correspondió al grupo de 45 – 64 años (1.8 x 100 mil hab.), mientras que para los suicidios la mayor tasa correspondió al grupo de 65 años y más (12.6 x 100 mil hab.)

Gráficos N° 3 y 4

Tasa promedio de mortalidad y morbilidad por causa y edad.



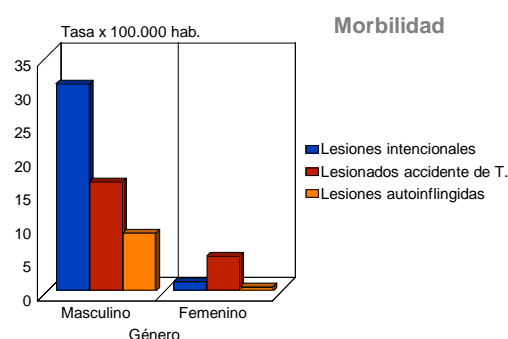
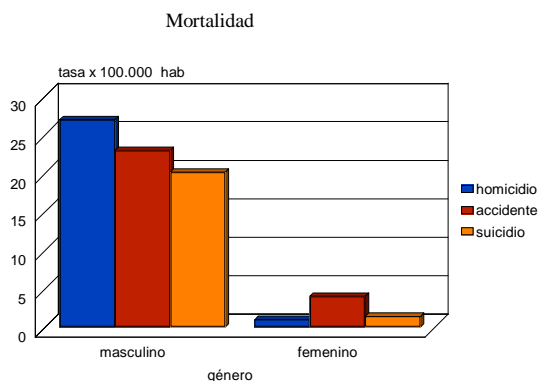
Fuente : Archivo de Epidemiología Regional. Historias Clínicas archivos de estadística de salud y registros vitales, hospitales AMP_ IVSS.

Al analizar las tasas promedio de morbilidad y mortalidad por causa y género las cuales se pueden observar en los Gráficos N° 5 y 6 se evidencia que tanto las lesiones como las defunciones por causas violentas son mayores en el género masculino, sin embargo dentro de este género existe mayor riesgo de sufrir alguna lesión intencionales no fatales o morir por

homicidios siendo la tasa para ambos eventos de 30.9 y 27.0 x 100.000 hab. respectivamente. a diferencia de lo que ocurre en el género femenino quien presenta mayor riesgo de sufrir alguna lesión en un accidente de tránsito o morir por esta causa, correspondiéndole tasas de 5.24 y 3,99 x 100 mil hab. respectivamente.

Gráficos N° 5 y 6

Tasa promedio de mortalidad y morbilidad por causa y género.

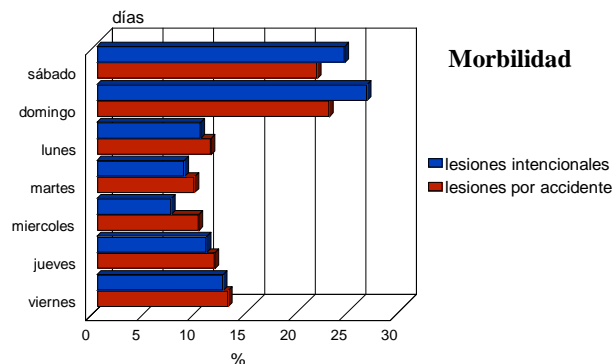
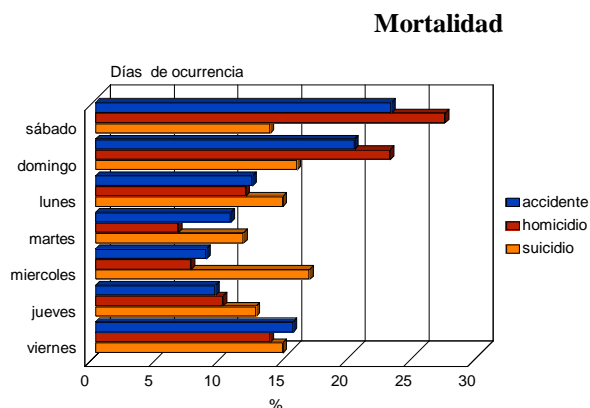


Al observar el comportamiento según los días de la semana en que ocurren tanto las lesiones o muertes por hechos violentos se encuentra que el mayor porcentaje se presenta durante los días sábado y domingo (Gráficos N° 7 y 8). Al distribuir las horas

en las cuales ocurren el mayor números muertes o de lesiones por hechos violentos lo cual se puede evidenciar en los (Gráficos N° 9 y 10) se encontró que el mayor porcentaje se presenta entre las 6:00 a 11:59pm y 12:00 a 2:59 a.m.

Gráficos N° 7 y 8

Distribución de la Mortalidad por causa y día de ocurrencia.

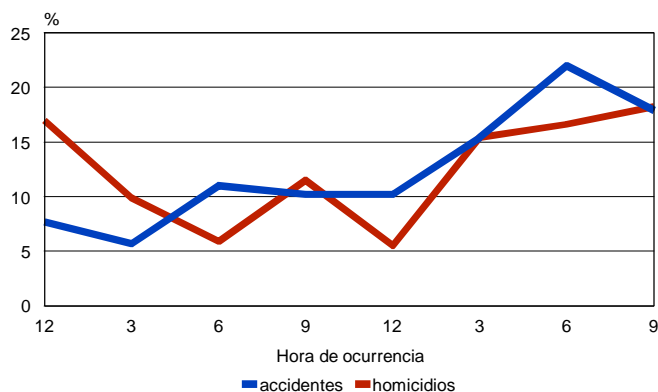


Fuente : Archivo de Epidemiología Regional. Historias Clínicas archivos de estadística de salud y registros vitales, hospitales AMP – IVSS.

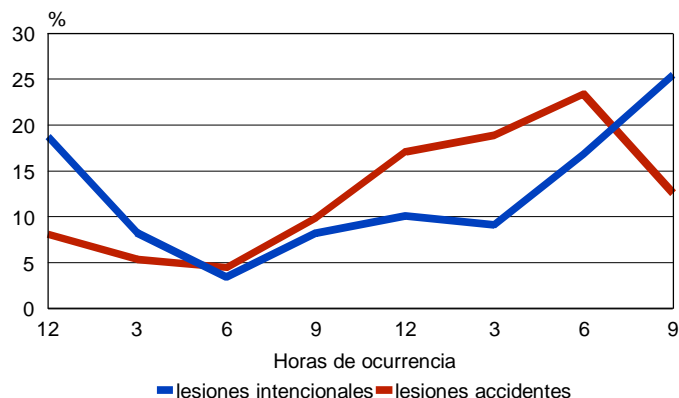
Gráficos N° 7 y 8

Distribución de la Mortalidad y Morbilidad por causa y hora de ocurrencia

Mortalidad



- Morbilidad

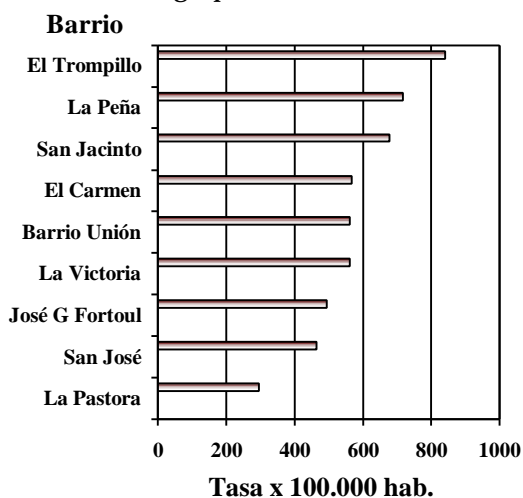


En el Gráfico N° 9 se presenta las áreas de mayor riesgo de sufrir una lesión intencional no fatal encontrándose las mayores tasas en los Barrios El Trompillo (839,9 x 100.000 hab.). La Peña

(717x 100.000 hab.), San Jacinto (678 x 100.000 hab.), El Carmen, (567 x 100.000 hab.) Unión (562x 100.000 hab.) y La Victoria (561 x 100.000 hab.)

Gráfico N° 9

Barrios con alto riesgo para lesiones intencionales no fatales



Fuente : Archivo de Epidemiología Regional. Historias Clínicas archivos de estadística de salud y registros vitales, hospitales AMP_ IVSS.

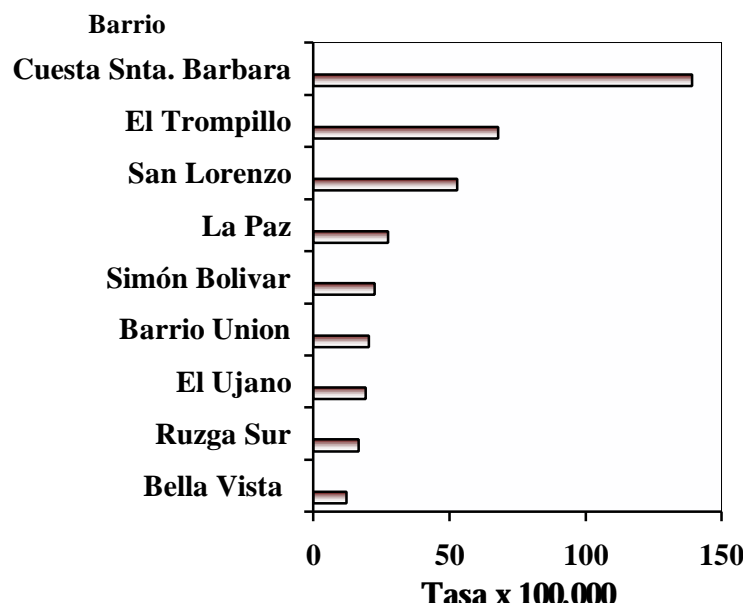
Cuando se analiza el sitio de ocurrencia de las muertes por homicidio y barrio se observa que el mayor riesgo de morir por

homicidio es para los barrio Cuesta Santa Bárbara (139.0 x 100 mil hab.). El Trompillo

(67,8 x 100mil hab.) y San Lorenzo (52,8 x 100mil hab.) (Gráfico N° 10)

Gráfico N° 10

Tasa Promedio de Mortalidad por Homicidio según Barrio



Fuente : Archivo de Epidemiología Regional. Historias Clínicas archivos de estadística de salud y registros vitales, hospitales AMP_ IVSS.

DISCUSIÓN

En la presente investigación la mortalidad por causas violentas representó el 9,0% del total de las muertes registradas en el Municipio Iribarren entre 1994-1996 predominando las muertes por homicidios con una tasa de 13,6 x100.000 hab. sobre los accidentes de tránsito y los suicidios 13,2 y 4,0 x 100.000 hab. respectivamente. Así mismo la tasa por lesiones intencionales no fatales superó a las tasas por lesiones en accidentes de tránsito y por lesiones autoinflingidas 15,4, 10,39 y 0,69 x 100.000 hab. respectivamente. Este predominio del homicidio y de las lesiones intencionales no fatales pueden ser explicada en gran parte por la agudización de las desigualdades socio económicas, por los efectos directos e indirectos de las crisis económica, situación que lleva a las personas a generar estrategias de sobrevivencia impulsándolos a cometer actos delictivos. Por otra parte puede ser

explicada por el aumento de la circulación y consumo de drogas, por la inversión de los valores y por la posesión de armas de fuego de fácil adquisición. Con relación a esto último Minayo (1) en Brasil encontró que el incremento de las muertes por homicidio está relacionado con el porte de arma de fuego, observando que Río de Janeiro para 1980 presentó una proporción de homicidio por arma de fuego de 28,5 y para 1989 fue de 46,5%, en la ciudad de Recife se elevó de 19,7 % a 38,2 %. La OPS en 1994 (4) encontró que la primera causa de muerte en los jóvenes negros en los Estados Unidos siempre son homicidios cometidos con arma de fuego.

Numerosos estudios revelan que los hechos violentos se concentran más frecuentemente en los grupos de edad de 15 a 44 años; siendo mayor el riesgo en el grupo de 15 a 24 años edad, y en el género masculino (5,2,6,4,7). Este mismo

comportamiento se observó en el presente estudio donde se encontró que el mayor riesgo de morir por algún hecho violento es en este grupo de edad.

Cuando se analiza las muertes y lesiones según causa y género evidentemente el mayor riesgo de morir por todas las causas analizadas es para el masculino, sin embargo este riesgo es mayor en los homicidios y lesiones intencionales no fatales, a diferencia de lo que ocurre en el género femenino quien tiene mayor riesgo de morir o de sufrir alguna lesión por accidente de tránsito. La principal razón que explica esta diferencia es la exposición más frecuentemente del hombre a algunos factores de riesgos propios con su estilo de vida.

En cuanto al día y la hora de ocurrencia los hechos violentos predominan durante los fines de semanas (viernes, sábado y domingo) siendo estos días donde hay un mayor número de actividades sociales y por ende un mayor consumo de alcohol que puede conllevar a conflictos interpersonales terminando estos en muerte o lesiones no fatales. Por otra parte en estos días existe una mayor circulación de vehículos que aunado al consumo de alcohol puede generar lesiones o muertes por accidentes de tránsito. Al respecto la OPS en 1994 (4) encontró que en Chile el 71% de las defunciones por accidente de tránsito están relacionadas con el consumo y las altas concentraciones de alcohol en sangre. Los hechos violentos tienen su mayor ocurrencia durante la noche (6:00 y 11:59 p.m.) y al comienzo de la madrugada (12:00 y 2:59am).

En cuanto a los homicidios hay mayor riesgo de morir por estas causas en los barrios Cuesta Santa Bárbara y El Trompillo zonas donde existe un alto porcentaje de miseria y gran cantidad de pobres hecho que está relacionado con las elevadas tasas de homicidio, lo cual se puede corroborar en el estudio realizado por

Zaluer (9) en 1994 donde compara varias ciudades de Brasil encontrando que en aquellas regiones más empobrecidas el riesgo de morir por homicidio es mayor.

Al hacer el análisis espacial de las lesiones intencionales no fatales se observa que las mayores tasas se encuentran en los barrios El Trompillo, La Peña, San Jacinto, El Carmen Unión y la Victoria hallazgo que puede ser explicado por lo anteriormente expuesto. Según los resultados de este estudio se puede recomendar:

1. A la Dirección Regional de Salud:

?? Diseñar e implementar sistemas de vigilancia epidemiológica sobre hechos violentos en conjunto con otros sectores del estado (PTJ, Tránsito, Fiscalía del Estado, Medicina Legal, y organizaciones no gubernamentales) con el fin de reducir el subregistro y la distorsión de la información, esto contribuirá a la toma de decisiones de manera interinstitucional y sistemática de la violencia, hecho fundamental para su prevención y control.

?? Desarrollar estrategias de intervención en conjunto con todos los sectores (PTJ, educación y grupos organizados de la comunidad) en aquellas áreas geográficas donde se evidencio el mayor riesgo de morir o sufrir alguna lesión por hechos violentos.

2. Al Sector Educativo (zona Educativa y Universidad):

?? Incorporar en los contenidos curriculares el tema sobre prevención de los hechos violentos, con la finalidad de educar y fomentar en los estudiantes patrones morales que sirvan para su concientización, además de que el estudiante sea agente multiplicador.

?? Estimular la realización, publicación y divulgación de trabajos sobre el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINAYO, M. 1994. La Violencia Social, Perspectiva de la salud Pública. Cuadernos de Salud Pública. Río de Janeiro. 10 (1) Pág. 10-18.
2. ACEDO, C. 1993. Violencia : un problema de Salud Pública. Bol. Oficina Sanitaria Panamericana. 115 (5) Pág. 1.
3. Organización Mundial de la Salud. 1993. Día mundial de la salud. Lucha contra la Violencia y la Negligencia. Bol. of Sanit Panam. 114 (6) Pág. 555-559.
4. Organización Panamericana de la Salud. 1994. Mortalidad por accidentes y violencia en las Américas. Boletín Epidemiológico 15 (2) 1-8.
5. FRANCO S. 1990. La violencia un problema de Salud Pública que se agrava en la región. Boletín Epidemiológico Organización Panamericana de la Salud. 11 (2) Pág. 1-7.
6. Organización Panamericana de la Salud. 1993. La vida es frágil rechacemos la violencia y la negligencia. Boletín Informativo. Pág. 3.
7. YUNES, B. 1993. Mortalidad por Causas violentas en la Región de las Américas. Bol. de la Oficina Sanitaria Panamericana. 114. (4) Pág. 302- 315.
8. ROBLES, S. y col. 1991. Epidemiología de los accidentes de tránsito en Costa Rica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 110 (6) Pág. 471-479.
9. ZALUER, A. y col 1994. Violencia : Pobreza ou Franqueza Institucional? . Cuadernos de Salud Pública. Río de Janeiro.10 (1) Pág. 213- 217.

“A los problemas reales y complejos
hay que darles soluciones reales y
complejas”

Gilberto Cely G.

S.J.